Gynécologie

Questions hypertembables

01/10/18

ENTA W ZEHREK
KC

1 Citez les deux conditions .... pour développer le ancer du col ?

→ Infection à HPV ;
→ Baisse de l'immunité.

2 Moyens de prévention du cancer u col:

→ +++ Dépistage ; 25ans - 65ans
→ Vaccination contre l'HPV ! 11-14 ans

3 Quels sont les types HPV connus ur leur pouvoir oncogène:

→ HPV 16, 18 +++
→ Autres : HPV 31, 33, 35, 39 !

4 Types histologiques du cancer du ol:

→ Carcinome épidermoïde : 80 à 90 %
→ Adénocarcinome : 10 à 20 %

5 Facteurs de risque du Kc du ol :

→ Papillomavirus +++ ;
→ Immunodepression +++ ;
→ Absence de dépistage +++ ;
→ Contraception orale ;
→ Bas niveau socio-échonomique ;
→ Partenaires multiples.
→ Précocité des rapports sexuels.
→ TABAC +++ ;
→ Multiparité

6 Les conditions pour faire un frottis cervico-vaginale:

↳ La femme ne doit pas faire de rapports sexuels pdt 48 h ;
↳ La femme pas de toilette vaginale pendant 24 heures ;
↳ En l'absence de règles et de l'infection.

7 Modalité de dépistage par frottis:

→ Frottis tous les 03 ans après 02 frottis annuels normaux à partir de 25 ans jusqu'à l'âge de 65 ans.

8 CAT devant un frottis revenant pour ASC-US : [Atypies ♀ malpighiennes de signification indéterminée !]

→ Refaire le frottis cervical dans 06 mois.
→ Faire un test à HPV :
 ⊕ Si ⊖ ⟹ Refaire frottis dans 03 ans.
 ⊕ Si ⊕ ⟹ faire une biopsie.
→ Faire d'emblée une colposcopie avec biopsies.

9 CAT devant des lésions cytologiques ASCH ; lésions épithéliales de bas et de haut grade:

D'emblée faire colposcopie avec biopsie

1/5 KC
Enta . W . Z

[10] Intérêt de la colposcopie :

Elle permet de faire des biopsies dirigées au niveau du col :

→ Zones blanchâtres en dehors de la zone de jonction;

→ Zones non colorées par le lugol (dans l'exocol)

⇒ La COLPOSCOPIE permet de faire une cartographie du col ; repérer les lésions suspectes et faire des biopsies dirigées.

[11] CAT devant une dysplasie légère du col :

Dysplasie légère
↓
Frottis tous les 06 mois.
↙ Persistance après 18 mois
↓
① Vaporisation au laser.
② Conisation.

↘ Disparition
↓
Frottis / 3 ans

[12] CAT Dysplasie sévère :

→ D'emblée conisation :

① chirurgicale.

② ou à l'anse diathermique.

[13] Circonstances de découverte du Kc du col :

→ Frottis cervical ; ++++

→ Métrorragies provoquées +++ ;

→ Métrorragies spontanées ;

→ Dyspareunies ;

→ Leucorrhées ;

→ Douleurs pelviennes.

→ Douleurs lombaires.

[14] 03 particularité du cancer du col :

→ Lymphophile ;

→ Radiosensible ;

→ A' développement locorégional.

[15] Examens complémentaires dans le cancer du col :

→ IRM pelvienne ; +++

→ Scanner abdomino-pelvien ; +++

→ Cystoscopie ; ++

→ +/- Rectoscopie

→ Echo + TLT + Lymphographie.

→ Biologie : ① Bilan rénal ;
② Bilan hépatique ;
③ Hémogramme.

[16] Armes thérapeutiques dans le cancer du col :

→ Chimiothérapie proposée au stade IV.B uniquement !

→ Intervention CHEL à partir de stade IA2.

→ Radiothérapie associée : Stade IB.

17 L'écoulement mammaire est dit péjoratif si :
→ Séro-hématique;
→ Sanguinolant;
→ Spontané;
→ Uniporique;
→ Âge > 40 ans;
→ Sexe masculin;
→ Contexte familial = mutation BRCA.

18 Examens complémentaire de épistage du cancer du sein:
→ Mammographie;
→ Echographie mammaire;
→ Ponction cytologique ou histologique.
→ Parfois IRM !

19 Définir biopsie stéréotaxique ? ndication ?
→ Biopsies guidées par la mammographie ndiquées si microcalcifications.

20 Quand doit-on faire l'étude anapath classification ACR ?
→ ACR 3 ⇒ cytoponction.
→ ACR 4 et 5 ⇒ Biopsies.

21 Indication d'exérèse chirurgicale e l'ADF (sein):
→ ADF > 3 cm; ADF complexes;
→ Âge > 40 ans;
→ ADF augmentant de volume;
→ Douleur;
→ Préjudice esthétique;
→ Facteurs prédisposants.

22 Indications de l'IRM mammaire:
→ Surveillance d'un Kc du sein traité par un TRT conservateur;
→ Carcinome lobulaire invasif;
→ Mutation BRCA 1, BRCA 2 ou haut risque génétique familial.
→ ACR 0.

23 Intérêt de la mammographie ?
Permet le dépistage précoce d'un Kc du sein:
→ Recherche de nodules infra-centimétriques;
→ Microcalcifications.

24 Classification ACR:
0: classification d'attente;
1: Mammographie normale;
2: Anomalies bénignes;
3: Anomalies probablement bénignes;
4: Anomalies suspectes ou indéterminées;
5: Anomalies évocatrices d'un Cancer;
6: Cancer prouvé histologiquement

25 Armes thérapeutiques dans le Cancer du sein:
→ Chirurgie;
→ Chimiothérapie;
→ Radiothérapie;
→ Hormonothérapie;
→ Thérapies ciblées.

[26] Type histologique le plus fréquent du cancer du sein?

→ Adénocarcinome canalaire infiltrant

[27] Facteurs de mauvais pronostic du cancer du sein:

→ Âge < 35 ans;
→ taille de la tumeur;
→ Mastite carcinomateuse;
→ Présence de métastases;
→ Grade histopathologique SBR élevé (Grade III +++)
→ Présence d'emboles vasculaires;
→ Envahissement ganglionnaire;
→ Absence de récepteur hormonaux (HRE (-))
→ Marqueurs de prolifération élevés!

[28] La classification SBR tient compte de :

→ L'index mitotique;
→ Le degré de différenciation cellulaire;
→ Atypie cellulaires.

[29] Sites métastatiques les plus fréquent du Kc du sein:

→ Os +++;
→ Poumon;
⇒ Foie
→ et cerveau. Ggl. Axillaires

[30] Facteurs protecteurs du Kc de l'ovaire:

→ Contraception orale;
→ Grossesse;
→ Allaitement;
→ Ligature des trompes. (hystérectomie

[31] Critère de malignité d'un kyste (tumeur) de l'ovaire:

→ Kyste ≥ 6 cm;
→ Présence de végétations intrakystiques
→ Composante solide;
→ Caractère multiloculaire;
→ Paroi épaisse;
→ Ascite.

[32] Marqueurs tumoraux du cancer de l'ovaire:

→ CA-125 ++++;
→ CA-19-9;
→ Alpha foeto-protéine;
→ ACE
→ HCG (dans les choriocarcinome)

[33] Armes thérapeutique Kc ovarien:

→ Chirurgie.
→ Chimiothérapie = TRÈS SENSIBLE!

[34] Le pronostic du cancer de l'ovaire dépend de plusieurs paramètres. Lesquels?

→ Stade.
→ Grade
→ Type histologique
→ Résidu tumoral en fin d'intervention

[35] Devant un kyste ovarien ; deux impératifs s'imposent au praticien. Lesquels ?

→ Affirmer si le kyste est organique ou fonctionnel ;

→ S'assurer de la bénignité ou de la malignité du kyste.

[36] Critères de bénignité d'un kyste de l'ovaire :

→ Taille < 6 cm ;

→ Paroi fine ;

→ Contenu homogène ;

→ Absence de cloisons ;

→ Absence de végétation intra- ou extra kystiques ;

→ Absence d'ascite et de carcinose péritonéale ;

→ Uniloculaire

[37] Complications du kyste de l'ovaire :

→ Torsion annexielle ;

→ Hémorragie intrakystique ;

→ Rupture du kyste ;

→ Compression ;

→ Infection ;

→ Dégénérescence.

[38] Indication chirurgie kyste ovarien :

→ Kyste d'allure organique à l'écho ;

→ Kyste > 10 cm ;

→ Augmentation de volume ;

→ Modification morphologique d'un kyste d'allure fonctionnelle !

[39] Caractéristiques des métrorragies au cours du cancer de l'endomètre :

→ Métrorragies spontanées, indolores peu abondantes, sang noir avec caillots, irrégulière ;

→ Survenant chez la femme en péri- ou post-ménopause ;

→ Responsable d'une anémie du fait de leur répétition.

[40] Facteurs pronostic du Kc endomètre :

→ Âge ;

→ Opérabilité ;

→ Stade ;

→ Facteurs anapath ;

→ Cytologie péritonéale ;

→ Récepteurs hormonaux.

[41] Armes thérapeutiques dans le cancer de l'endomètre :

→ Chirurgie +++ ;

→ Curiethérapie ;

→ Radiothérapie ;

→ Chimiothérapie ;

→ Hormonothérapie [progestérone]

→ Soins palliatifs.

5/5 K.C
Enta .w.t

ENTA W ZAHREK
"Urgences"

[1] Définition de l'HRP :

L'HRP survient lorsqu'un placenta malement inséré se sépare de déciduale basale après 20 SA et ant la délivrance.

[2] Complications de l'HRP :

→ FOETALES :

* Souffrance foetale aiguë ; +++
* Mort in utéro ; +++
* Séquelles neurologiques graves. +++

→ MATERNELLES :

* Etat de choc +++
* CIVD . +++
* Mort maternelle. +++

[3] Etiologies de l'HRP : (FDR)

→ Pré-éclampsie +++ ;
→ ATCDs d'HRP ;
→ TAbagisme ;
→ Grande multiparité ;
→ Âge maternel avancé ;
→ Hypotension de décubitus dorsal ;
→ Traumatisme ;
→ Amniocenthèse ;
→ Pics hypertensifs liés à la prise le toxiques.

[4] Décrire le tableau clinique de l'HRP :

→ Contexte vasculaire ; (1)

→ Hémorragie peu abondante, (2) noirâtre, incoagulable associée à des douleurs utérines brutales, permanentes, qui dominent le tableau ;

→ Un retentissement (3) hémodynamique sévère et sans rapport avec l'abondance des hémorragies : Femme prostrée, état de choc, Tachycardie mais TA variable, parfois élevée (HTA gravidique, protéinurie). en forme sévère

→ Contracture (4) utérine permanente et douloureuse « Ventre de bois » ;

→ Une activité foetale cardiaque non perçue (foetus mort) dans les formes complètes. ⟹ Foetus mort (5) ou en souffrance aiguë

→ TV = Col cercle de Fer "hypertonique"

[5] Examen complémentaires à demander dans l'HRP :

→ Echographie ; Dc et pronostic

→ Biologie : refaire chaque 06 h
* Groupage sanguin ;
* FNS ;
* TP, Facteur V
* Fibrinogenémie + PDF.

→ ERCF : signes de souffrance foetale aiguë

6 Formes cliniques de l'HRP:

→ Forme complète;
→ Pseudomenace d'accouchement prématuré;
→ Souffrance foetale aiguë;
→ Métrorragies isolées;
→ Hypertonie – hypercinésie.

7 Indication de la césarienne ds l'HRP:

→ Souffrance foetale aiguë;
→ Etat de choc maternel quelqu'en st X;
→ Bébé à terme + travail lent!

8 Dans la prise en charge de [l'HR]P; 03 facteurs doivent être pris compte:

→ L'État cardiovasculaire de la mère;
→ La vitalité foetale;
→ La maturité foetale.

9 Bilan de surveillance dans l'HRP:

→ Mesure de la TA;
→ Albuminurie + créatinémie;
→ Échodoppler des artères rénales;
→ Recherche d'une thrombophilie.

10 Prévention grossesses suivantes [aprè]s l'HRP:

→ Aspégic®: 100 mg/J jusqu'à 35SA

11 Définition de la rupture utérine:

Solution de continuité non chirurgicale de toute ou d'une partie de la paroi utérine (corps, SI)

Elle peut être spontanée ou provoquée!

Elle survient pendant la grossesse ou pdt le travail [essentiellement au 03ème trimestre]!

Il s'agit le plus souvent d'une déhiscence, presque toujours incomplète! +++ au niveau du segment inférieur

12 Étiologies de la rupture utérine:

→ Cicatrices utérines gynécologiques ou obstétricales;
→ Dystocies méconnues ou négligées;
→ Présentations dystociques;
→ Disproportion foeto-pelviennes;
→ Multiparité;
→ Manoeuvres d'extraction foetale.
→ Extractions instrumentales;
→ Expressions utérines;
→ Utilisation intempestive des utérotoniques.

13 Définition du syndrome de BRANDEL FROMMEL:

Syndrome de prérupture de lutte est une déformation de l'utérus en sablier ou en brioche + torsion douloureuse des ligaments ronds + contracture utérine (hypercinésie + hypertonie)

14 Description de la phase de
ure utérine:
-> Douleur abdominale en coup de
gnard;
-> Sensation d'eau chaude s'écoulant
ans le ventre;
-> Sédation de la douleur
-> Collapsus (hémorragie)
-> Hémorragie génital : sang rouge
if;
-> Deux masses (pôles) à la palpation
bdominale;
-> Anomalies du RCF;
-> No présentation au TV.

15 Forme insidieuse de l'HRP:
-> Désunion de la cicatrice de
savenne;
-> Symptomatologie discrète;
-> Souffrance foetale +++

16 Diagnostics différentiels de la RU:
-> HRP
-> PP.

17 Les choix thérapeutiques dans
rupture utérine:
1 Hystérorraphie: si
-> Femme jeune;
-> Pauci ou nullipare;
-> Rupture pas très importante
2 Hystérectomie : si
-> Lésions importantes; + CPC!
-> Gsse ultérieures dangereuses;
-> Après ligature vasculaire

18 Citer les contre-indications
du Forceps:
-> Tête non engagée; ⚠
-> Dilatation incomplète.

19 Citer les mécanismes physio-
pathologiques de la GEU:
-> Retard de migration de l'oeuf;
-> Défaut de captation de l'ovocyte
II;
-> Reflux tubaire dans la FIV.

20 Facteurs de risque de la
grossesse extra-utérine:
-> Le MST; +++ chlamydia;
-> ATCDs de chirurgie tubo-ovarienne;
-> Malformations anatomiques de
l'utérus;
-> Le dispositif intra-utérin;
-> Contraception (microprogestatifs);
-> Stérilité traitée (FIV);
-> Interruption volontaire de la
grossesse;
-> Âge avancé;
-> ATCDs de GEU;
-> Tabac.

21 Evolution naturelle de la GEU:
L'évolution naturelle de la nidation
ectopique est la rupture tubaire
par distension excessive avec
hémopéritoine puis choc hémorragique
et décès exceptionnel.

3/7 Emta ... Urgences

22 Clinique de la GEU:

Douleurs pelviennes + métrorragies
GEU jusqu'à preuve du contraire.
Aménorrhée.
Signes sympathiques de la grossesse
. Syncope ; lipothymie.

23 Bilan paraclinique de la grossesse extra-utérine:

→ β-HCG: ⊕
cinétique d'augmentation insuffisante ou stagnation ! (> 1500 UI/L)
→ Echographie:
- Signes directs:
  * Sac gestationnel extra-utérin
  * Hématosalpinx.
- Signes indirects:
  * Vacuité utérine;
  * hémopéritoine;
  * Masse annexielle (corps jaune)
  * Pseudo-sacs intra-utérins.
→ Autres:
  * Coelioscopie;
  * Culdocenthèse.

24 Formes cliniques de la grossesse extra-utérine:

→ État de choc hémorragique;
→ Forme pseudo-abortive;
→ Grossesse hétérotopique;
→ Hématocèle enkysté. (GEU chronique)

25 Diagnostics différentiels de la GEU:

→ Avortement;
→ kyste hémorragique du corps jaune;
→ Grossesse molaire;
→ Endométriose;
→ salpingite aiguë;
→ Autres !

26 Abstention thérapeutique dans la GEU:

→ Score de FERNANDEZ < 11;
→ β-HCG < 1000mUI/ml;
→ GEU pauci ou asymptomatique;
→ GEU non visible à l'échographie;
→ β-HCG décroissant spontanément.

27 Traitement médical dans la GEU:

→ β-HCG < 5000 mUI/ml;
→ GEU pauci ou symptomatique;
→ GEU sans activité cardiaque;
→ Score entre 11 et 13.

28 Trt chirurgical et la GEU:

1 → Hémodynamique instable;
2 → βHCG > 10.000;
3 → Hématosalpinx > 4cm;
4 → CI aux TRT médical;
5 → Impossibilité d'un suivi ambulatoire

29 Définition de la RPM :

c'est un accident très fréquent la grossesse ; se définit par rupture franche de l'amnios du chorion , se produisant avant début du travail.

Inclut les fissurations de la re des eaux et exclut les res au cour du travail.

30 Etiologies de la RPM :

-> Grossesses multiples;
-> Placenta prævia;
-> Hydramnios;
-> Macrosomie ;
-> Béance cervico-isthmique;
-> Chorio amniotite;
-> Patiente à risque d'Accouchement prématuré;
-> Amniocenthèse ;
-> Cerclage tardif;
-> Amnioscopie; ...

31 Dc de la RPM :

-> Issu du liquide amniotique
-> Manœuvre de Tarnier ⊕
-> Speculum : perte de liquide de orifice cervicale ;
->

32 Examens complémentaires RPM :

-> pH alcalin du liquide ;
-> Test de cristallisation;
-> Dosage de diamine oxydase +++

33 Diagnostics différentiels de la RPM :

-> Incontinence urinaire;
-> Rupture d'une poche amnio-choriale.
-> Hydrorrhée déciduale

34 Complications de la RPM :

(1) -> Prématurité ;
(2) -> Infection => Chorioamniotite +++ ;
3 -> Procidence du cordon;
-> Infection néonatale;
-> oligamnios précoce prolongé ;
-> Infections du post partum.
-> Présentations irrégulières.

35 Définition de l'ABRT :

c'est l'expulsion ou l'extraction hors de la mère d'un embryon ou d'un foetus de moins de 500 g ou avant 22 SA.

Maladie abortive si ≥ 3 Abrt.

36 Etiologies de l'ABRT :

-> Aberrations chromosomique;
-> Béance cervico-isthmique ;
-> Malformation corporéales utérines;
-> Fibrome sous-muqueux ;
-> Insuffisance lutéale.
-> Hypothyroïdie.
-> HTA , diabète ; LED , SAPL ; ...
-> Listériose
-> Toxoplasmose ; ...

5/x Enla . w. Z.
Urgences

37 Contre-indications de l'hystéro-pingographie.

→ Grossesse en cours;

→ L'infection;

→ Métrorragie de grande abondance;

→ Allergie au PDC

38 Devant toute métrorragie; il dra éliminer deux diagnostics s importants:

→ La GEU.

→ La grossesse molaire.

39 03 pathologies ou la cinétique β-HCG irrégulière:

→ GEU;

→ môle hédatiforme;

→ Grassesse arrêtée.

40 Bilan à demander en cas vortement à répitition:

→ Échographie;

→ Hystéroscopie;

→ hystérosalpingographie

→ Biologie: → Protéines de coagulation

→ Glycémie;

→ Bilan immunologique

→ TSH.

41 Définition de la MAP:

C'est l'apparition de CU fréquentes régulières (au moins 03/30mn) avec modifications icales significatives apparaissant ı 28 et 37 SA

42 FDR de MAP:

→ Grossesse multiple;

→ ATCDs d'accouchement prématuré;

→ Âge < 18 ans et > 35 ans;

→ Activité physique excessive;

→ Tabac;

→ Alcoolisme;

→ Facteurs psychologiques;

→ Gossesse par PMA;

→ Mère célibataire.

43 Etiologies de MAP:

Mater nels:

→ Idiopathique;

→ Infections: +++ chorioamniotite;

→ Béance cervico-isthmique;

→ Malformations utérines;

→ Grossesse multiple;

→ Hydramnios;

→ Macrosomie;

→ Placenta praevia;

→ RPM;

→ Malformation foetale;

→ Prématurité induite.

44 Examens complémentaires:

→ ERCF et tocographie; +++

→ Echographie du col;

→ Fibronectine foetale; +++

45 Signes de gravité de la MAP:
-> contractions régulières douloureuses;
-> RPM;
-> Hémorragies abondantes;
-> Présentations engagées;
-> Dilatation du col > 6cm.

46 Deux manifestation de la souffrance foetale chronique:
-> Diminution des MAFs;
-> Retard de croissance intra-utérin.
Anomalie de la hauteur utérine.

47 Cause de souffrance foetale chronique:
-> Défaut de placentation.
-> Diabète chronique.
-> Tabac;
-> Toxémie gravidique;
-> Placenta praevia;
-> Infections;
-> Anémie;
-> Malformations
-> Traumatismes.
-> Angiomes placentaires.

48 Les biométries qu'il faudra mesurer pour conclure à un RC:
-> Diamètre bipariétal;
-> Périmètre crânien;
-> Périmètre abdominal;
-> Longueur du fémur;
-> Diamètre transverse.

49 Indications à l'extraction utérines au cours de la souffrance foetale:
-> ERCF pathologique; +++
-> Doppler veineux;
-> Score de Manning < 6;

50 Étiologies de la souffrance foetale aiguë: (SFA)
-> HRP;
-> Eclampsie sévère;
-> Procidence du cordon;
-> Noeud du cordon;
-> Toute dystocie;
-> Circulaire du cordon;
-> Cardiopathie chez la mère;...

51 Diagnostic de SFA:
-> Apparition du méconium.
-> Altération du RCF ou BCF.

52 Paraclinique SFA:
-> Amnioscopie
-> ERCF:
① Tachycardie > 180 bpm;
② Bradycardie 90-100 bpm.
③ Tracé plat. > 40 min.
④ Rythme cardiaque saltatoire
⑤ Ralentissements variables.

7 Enta. W. Z
7 Urgences

01/10/18

ENTA W ZEHREK

1 Modes de grossesses gemellaires monozygotes :

→ Grossesse bichoriale - biamniotique : < 3 J.

→ Grossesse monochoriale - bi amniotique entre 3 et 7 J

→ Grossesse monochoriale - monoamniotique entre 8 et 13 J

→ Grossesse Siamois = si > 13 J

2 Diagnostics différentiels de la grossesse gemellaire :

→ Hydramnios ;

→ Mole hydatiforme ;

→ Kyste de l'ovaire ;

→ Fibrome utérin.

→ Gros oeuf ou enfant

3 Complications de la grossesse gemellaires :

→ Prématurité ;

→ RCIU ;

→ Iso-immunisation Rhésus ;

→ HTA avec risque d'éclampsie ;

→ Pathologies infectieuses.

→ Anémie ;

→ Mortalité maternelle

4 CPC spécifiques Gsse MONOZYGOTE :

→ Syndrome transfuseur-transfusé

→ MIU d'un jumeau

→ Malformations

5 Risques particuliers de la grossesse mono-amniotique :

→ Malformations foetales ;

→ Syndrome transfuseur - transfusé ;

→ Accouchement très précoce ;

→ Mortalité péri-natale

→ Pathologie funiculaires.

6 CPC au cours de l'accouchement dans les grossesses gemellaires :

→ Dystocie dynamique ;

→ Risque sur le 2ème J. [souffrance foetale aiguë et présentation dystocique] ;

→ Dystocie gemellaire :

1. Accrochage des mentons ;
2. Impaction ;
3. compaction ;
4. Collision ;
5. Monstres doubles !

7 Objectif du TRT antituberculeux :

→ Traiter la maladie tuberculeuse ;

→ Restaurer les fonctions de reproduction et la fonction menstruelle.

8 Les deux complications redoutables de la tuberculose utéro-annexielle : → Amh

→ Grossesse extra-utérine

→ Infertilité.



9 Intérêt de bacille de DÖDERLIN:

C'est un lacto-bacille Gram ⊕ tapissant la muqueuse vaginale.

Transforme le glycogène en acide lactique ; ce qui donne un pH acide pour le vagin et ça constitue un facteur protecteur de la pullulation microbienne ⇒ sous dépendance d'œstrogè[ne]

10 Caractéristique de la leucorrhée dû au Trichomonas vaginalis:

→ Leucorrhée verdâtre, nauséabonde et bulleuse

→ Vulvo-vaginite et cervicite avec piqueté hémorragique ; col rouge framboisé ;

→ Examen direct = Trichomonas flagellé

11 Comment faire le Dc de certitude de la salpingite aiguë :

→ Coelioscopie.

12 Clinique de l'IGH:

→ Douleurs pelviennes +++
→ Leucorrhée ;
→ Métrorragies ;
→ Signes urinaire

} contexte infectieux > 38°C

13 Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis:

C'est une extension à travers le liquide péritonéal de l'infection génitale haute ; responsable d'une péri-hépatite avec adhérences entre le foie et le péritoine pariétal du diaphragme

14 Complications de la salpingite aiguë:

→ CPC aiguës:

* Abcès pelvien ;
* Pelvipéritonite aiguë
* Stérilité tubaire.

→ CPC chroniques:

* GEU
* Récidive.
* Salpingite chronique
* Algies pelviennes chroniques.
* ABRT spontanés précoces.

15 CAT IGH non compliquée

Traitement ambulatoire pendant 14 J

- Doxycycline: 100 mg 2x/J
- Metronidazole: 500 mg 2x/J
  ± Claforan : 500 mg 01 inj IM

↳ Après 48h si ça ne répond pas: coelioscopie DC et THÉRAPEUTIQUE !

Si compliquée ; on préconise la voie IV ! + hospitalisation (durée 21J)

[B0] Citez les diagnostics différentiels du PP :

→ Cause cervico-vaginale (éliminée au spéculum) ;

→ HRP ;

→ Rupture utérine ;

→ Hémorragie de BENKISER.

[B1] Indications de césarienne au cours du placenta praevia :

1 → Variétés centrales (Type IV) ;

2 → Hémorragie cataclysmiques avec état de choc ;

3 → Dystocie surajoutée ; [macrosomie ; bassin limite ; ...]

→

[B2] CAT en dehors de césarienne :

→ Rupture artificielle des membranes si le travail évolue normalement ; l'accouchement se fera par voie basse.

[B3] Délivrance et placenta praevia :

→ Une délivrance dérigée est indiquée ⟹ Injection d'ocytocine à l'apparence de l'épaule antérieure ;

→ Parfois délivrance artificielle (on introduit la main)

→ Si hémorragie utérine ⟹ Évision utérine !

3/3 Enta. W.Z
G. G

ENTA W ZAHREK

1 Caractéristiques des contractions utérines:

→ Involontaires;

→ Intermittentes et rythmées

→ Progressives dans leur durée et leur intensité

→ Totales et douloureuses !

2 Le pronostic de l'accouchement dépend:

→ De poids du bébé;

→ De la présentation;

→ Du bassin maternel;

→ Qualité du travail.

3 Le Monitoring:

C'est l'enregistrement simultané des contractions utérines et du rythme cardiaque foetal.

4 Score d'APGAR tient compte de 05 paramètres:

→ Battements cardiaques;

→ Mouvements respiratoires;

→ Tonus musculaire;

→ Réactivité à la stimulation.

→ Coloration.

1/9 Enta w z
C.U

01/10/18.

5 Étapes de l'accouchement:

→ Engagement = DS;

→ Descente rotation = Excavation pelvienne;

→ Dégagement = DI.

6 Diamètre promonto-rétropubien:

→ 10,5 cm.

7 Diamètre médian:

→ 12,5 cm

8 Diamètre oblique:

→ 12,5 à gauche; 12 cm à droite !

9 Diamètre de dégagement ?

→ Diamètre sous-sacro sous-pubien qu'est de 11,5 cm !

10 Quels sont les indications de la réalisation d'une pelvimétrie:?

→ Primipare;

→ Présentation du siège quelqu'en soit la parité;

→ Expertise d'un bassin ayant fait l'objet d'un traumatisme;

→ ATCDs de dystocie !

11 Mvmts du bassin:

→ Nutation.

→ Contre-nutation

→ Antéversion.

→ Rétroversion du bassin.

→ Rotation externe et interne des fémur

→ Rétropulsion du [illegible]

→ [illegible]

Présentation ...
conn...

12 Conditions au TV pour parler d'une tête bien fléchie:

→ Parturiante en phase active;

→ Plus l'occiput est centré; plus la présentation est bien fléchie.

→ Dilatation d'au moins ou à 05 cm!

13 Repère de la présentation sommet:

C'est l'occiput avec la fontanelle Lambda qu'est de forme triangulaire!

Ordre de fréquence:

OIGA ⟶ OIDP ⟶ OIGP ⟶ OIDA

14 Diamètre d'engagement de la présentation sommet:

→ C'est le diamètre sous-occipito-bregmatique qu'est de 9,5 cm

Après hyperflexion de la tête.

15 La palpation de la région sus-pubienne permet de préciser:

→ Le caractère de ce pôle;

→ Le volume de ce pôle;

→ Le degré de descent et d'engagement grâce au signe de Fabre.

16 Signe de FABRE:

La tête foetale est engagée quand la distance entre l'épaule antérieure du foetus et le bord supérieur du pubis est inférieure à 7 cm.

17 Signe de FARABEUF:

La tête foetale est engagée qua seulement 02 doigts trouvent place e le pôle céphalique et le plan sacro-coccygien.

18 Signe de DERMELIN:

La tête foetale est engagée quan l'index introduit perpendiculairement à la face antérieure de la symphyse pubienne (parallèlement au bord inféri de celui-ci) vient buter contre la présentation.

19 Le TOUCHER VAGINAL permet:

→ De déterminer le type de la présentation

→ Le repère

→ Le degré de l'engagement grâce au signe de FARABEUF.

20 Intérêt du signe de FARABEUF:

Permet de décider si l'accoucheme sera par forceps ou bien césarienne

21 Le diamètre d'engagement dans la présentation sommet est obtenu:

→ Par hyperflexion de la tête + chevauchement des os du crâ

22 Indications à la verticalisation po manoeuvres internes:

→ Le 2ème jumeau en présentation transversale C'EST TOUT.

Transversale

[23] Repère des présentations transversales :

→ L'ACROMION

[24] Etiologies de la présentation transverse :

cause accidentelle
(1)→ Utérus flasque des grandes multipares ; (uterus chiffon)
(2)→ Hydramnios ;
(3)→ 2ème jumeaux ;
(4)→ Prématuré ;
(5)→ RCIU ;

} uterus trop grand pour le fœtus.

cause n'importe éventuelle
1 → Malformations utérines : +++
2 → Placenta Praevia ;
3 → Grossesses multiples ;
4 → Obstacles praevia ;
5 → Anencéphalie / hydrocéphalie anomalie fœtal
6 → Disproportions foeto-pelviennes !

[24] Dgc de la présentation : Clinique

[25] TV dans la présentation transverse :

→ Excavation vide
→ Segment inférieur déformé !
BCF : du coté de la tête en dessous de l'ombilic.

[26] Conditions de l'épaule négligée :

→ Femme en travail ;
→ Poche des eaux rompue ;
→ Utérus +/- rétracté !

[27] CPC de l'épaule négligée :

→ Rupture utérine ;
→ Mort foetale ;
→ Infection amniotique ;

3/9 Enta w.Z C.U

[28] Evolution des présentations transverses :

1 → Épaule négligée ;
2 → Accouchement conduplicato-corpo
3 → Mutation spontanée ;
4 → Procidence de cordon ;
6 → Rupture utérine.

[29] Quand parle-t-on d'une déflexion définitive ?

Tête fixée au niveau du DS et/ou descendue dans l'excavation quand les membranes sont rompues !

[30] Donner le repère dans les présentations suivantes :

→ Présentation FACE : Menton → grande fontanelle jamais perçue =
→ Présentation BREGMA : c'est le front
→ Présentation FRONT : Nez

[31] Diamètres d'engagements :

→ Présentation Face :
* Diamètre sous-mento-bregmatique = 9,5 cm.
→ Présentation Bregma :
* Diamètre occipito-frontal. = 11,5 c
→ Présentation Front :
* Diamètre syncipito-mentonier = 13 cm

[32] Condition pour accepter la voie basse dans la présentation FACE ?

→ Le menton doit obligatoirement tourner en avant !

[33] Indications de la voie basse dans la présentation FACE :

→ Variétés antérieures ;
→ Bassin perméable ;
→ Foetus eutrophique.

[34] Indications à la césarienne dans la présentation FACE :

① → Disproportion foeto-pelvienne ;
② → Bassin rétréci ;
③ → Obstacle praevia ;
④ → Malformations foetales à l'echographie
⑤ → Variétés postérieurs.

[35] Étiologies de la présentation Bregma :

Maternelle:
→ Grande multipare ;
→ Utérus malformé ;
→ Anomalie du bassin (⌀ antéro-post > au ⌀ transverse)

…tale:
→ Hydrocéphalie ;
→ Prématurité ;
→ Tumeur (goitre ; lymphangiome)
→ RCIU ;

annexielle:
→ Hydramnios ;
→ Obstacles praevia.

[36] Conséquences d'enclavement :

→ Mort foetale ;
→ Souffrance foetale ;
→ Rupture utérine ;
→ Mort maternelle.

[37] Possibilités thérapeutiques dans la présentation front :

↳ Césarienne dans tous les cas !

[38] Compléter la carte pour la présentation siège :

→ Repère : SACRUM ;
→ Modalités :
  * Siège décompléte ou mode fesses : 2/3
  * Siège complet : 1/3
  * Siège semi-complet ou semi décompléte.
→ ⌀ d'engagement : ⌀ bitrochantérien = 9 cm.

[39] Etiologies de la présentation de siège :

→ Malformations utérines ;
→ Multiparité ;
→ Primipare âgée ;
→ Hydramnios ;
→ Oligamnios ;
→ Cordon court ;
→ Placenta praevia ;
→ Grossesses multiples ;
→ Prématurité ;
→ Hyperextension de la tête.

[40] Diagnostic de la présentation de siège :

→ A partir de la 8ème mois ;
→ Douleur sous-costale ;
→ Toucher vaginal ;
→ BDC sus-ombilicale ;
→ Confirmation échographie

41 Indications de la voie basse dans la présentation siège :

→ Pelvimétrie normale ;
→ Poids eutrophique ;
→ Tête bien fléchie ;
→ Acceptation de la mère ;
→ Siège décomplété

42 Indications de la césarienne dans la présentation siège :

Maternelle
→ Pelvimétrie anormale ;
→ Souhait de la patiente ;
→ Col non favorable à terme ;
→ Utérus cicatriciel ;

Fœtal
→ Accouchement prématuré ;
→ Macrosomie : > 3800 g ;
→ RCIU sévère ;
→ J_1 en siège ;
→ Siège complet si primipare ;

Annexe
→ Placenta praevia ;
→ RPM > 12 h ;
→ Siège + Autre élément !

43 02 particularités de l'accouchement du siège ?

→ Doit se faire toujours "Dos en avant" ; en extra pelvien sinon accrochage du menton
→ tête bien fléchit
→ L'accouchement de la tête sort toujours en occipito-pubien.
→ L'engagement se fait précocément avant l'entrée en travail.

44 Complication au cour de l'accouchement par le siège

1 → Désolidarisation du mobile foetal ;
2 → Accrochage du menton ;
3 → Relèvement des bras ; → Manoeuvre de LOVSET
4 → Déchirures périnéales ;
5 → Lésions du fémur ;
6 → Plexus brachial ;
7 → Hémorragie méningée.

45 Étiologies de la rétention de la tête dernière ? Solutions ?

→ Disproportion foeto-pelvienne ;
→ Déflexion de la tête ;
→ Accrochage du menton sous la symphyse pubienne !

⇒ A FAIRE :

⊕ Manoeuvre de MAURICEAU.
⊕ Manoeuvre de BRACHT.

46 Signes de la grossesses

→ Aménorrhée ; +++

DDR + 14 J − 3 mois = date prévue d'accouchement.

→ Augmentation du volume utérin ; +++
→ Signes sympathiques de la grossesse
→ Confirmation : β-HCG sanguin + Echographie (sac gestationnel)

47 Hauteur utérine : (HU)

→ A mesurer tous les mois ;
→ 4 mois, 5, 6, 7ème mois × 4 = HU
→ [8ème et 9ème mois × 4] − 2 = HU

48 Caractéristiques de RCF :

→ Rythme de base de 110 - 160 bpm

→ Normoscillant ;

→ Accélération du rythme cardiaque foetal lors des MAFs ;

→ Réactif ;

→ Pas de décélérations !

49 Surveillance échographique : de la grossesses :

→ Échographie du 1er trimestre = échographie de datation ; faite entre (11 et 13 SA)

→ Échographie du 2ème trimestre = échographie morphologique ; (20 SA - 24 SA)

→ Échographie du 3ème trimestre = échographie obstétricale ; (31 SA - 33 SA.

50 Intérêts de l'échographie du 1er trimestre : = écho de datation 11-13 SA

→ Datation précise de la grossesse ;

→ Nombre d'embryons ;

→ Morphologie (Diagnostic de certaines malformations)

→ Mesure de la clareté nucale (< 3 mm ⇒ si > 3 mm = Trisomie 21)

51 Intérêts de l'échographie du 2ème trimestre : echo morpho 20 - 24 SA

→ Morphologie ;

→ Biométries foetale ;

→ Mesure de la quantité du LA ;

→ Localise le placenta ;

→ La vitalité ;

→ Le cordon ombilical.

52 Intérêts de l'échographie du 3ème trimestre : 31 SA - 33 SA.

→ Vitalité ;

→ Présentation ;

→ Biométrie ;

→ Qualité de liquide amniotique.

→ Placenta !

53 Définition de la délivrance :

→ La délivrance est l'ensemble des phénomènes physiologiques qui aboutissent à l'expulsion du placenta et des membranes. Elle termine l'accouchement.

54 La délivrance évolue en 03 temps. Lesquels ?

→ Phase de décollement placenta essentiellement sous l'effet des contractions utérines ; (accompagnant l'HRP physiolog

→ Migration et expulsion du plac sous l'influence des CU, accessoirem efforts expulsifs ; son propre poids e à l'hématome inte-utéro-placentaire.

→ Rétraction utérine réalisant le phénomène des ligatures vivantes = Hémostase = Globe de sécurité !

55 L'expulsion du placenta peut se faire par deux modes. Lequelles ?

→ Mode BAUDELOQUE : le placenta se présente à l'orifice vulvaire par face foetale ; +++

→ Mode DUNCAN : par la face

56 CAT à la phase de délivrance:

→ Apprécier l'état général

→ Rechercher un écoulement vulvaire du sang;

→ Globe de sécurité

⇒ Surveillance +++ 2h après la délivrance +++

57 Comment apprécier le décollement placentaire ?

→ c'est par la manœuvre de mobilisation de l'utérus vers le haut

* Si le cordon remonte avec l'utérus ⇒ Placenta non décollé
* Si le cordon ne remonte pas avec l'utérus ⇒ Placenta décollé

58 Définir:

→ **Placenta ACCRETA:** anomalie de l'implantation du placenta. Le villosités pénètrent de manière excessive dans l'épaisseur du myomètre.

→ **Placenta INCRETA:** placenta qui pénètre anormalement à l'intérieur du myomètre et atteint la séreuse.

→ **Placenta PERCRETA:** dépasse la séreuse !

59 Facteurs étiologiques de la délivrance pathologique:

→ Inertie utérine;

→ Altération de la muqueuse utérine.

→ Anomalies placentaires : Ex: PP

→ Anomalies de coagulation préexistante

[illegible]

60 Complications de la délivrance:

→ Rétention placentaire non hémor

→ Inversion utérine;

[illegible]

61 Citer les conditions d'une bon rétraction utérine:

→ Globe utérin de sécurité;

→ Fond utérin au-dessous de l'om

→ Absence d'issue de caillots ou de sang. lors d'expression !

→ Arrêt de saignement par la vulve !

62 Définir la délivrance dirigée:

c'est l'injection d'ocytocique à la sortie de l'épaule antérieure ; pour aider le décollement et l'expulsion du délivre.

63 Définir l'hémorragie de délivr

C'est une perte sanguine surven dans les 24 H suivant l'accouchemen

> 500 ml lors d'accouchement;

ou > 1000 ml si césarienne.

64 Etiologies de l'hémorragie de la délivrance:

→ Atonie ou inertie utérine;

→ Rétention placentaire;

→ Placenta Praevia;

→ Infection ;

→ Rupture utérine;

→ Inversion utérine;

→ Anomalies de la coagulation;

7/9 Emla . W . Z .

65 Prise en charge initiale de l'hémorragie de la délivrance :

→ Mesures de réanimations ;

→ Mesures obstétricales ;

→ Prise en charge multidisciplinaire.

66 CAT dans l'hémorragie de la délivrance :

① → S'assurer de la vacuité utérine et l'integrité de la la filière génitale ⇒ Révision utérine + suture de l'Episiotomie. (col ; vagin ; ...) ;

② → Injection d'ocytociques, massage utérin +/- prostaglandines ;

③ → Réanimation médicale simultanée ;

④ → Traitement chirurgical : qui peut aller de la ligature vasculaire à la hystérectomie d'hémostase

ou ⑤ radiologie interventionnelle = Embolisation sélective des artères utérines.

67 Prévention de l'hémorragie de la délivrance :

→ Délivrance dérigée ; +++

→ Surveillance de la délivrance normale par la manoeuvre de mobilisation utérine vers le haut ;

→ Surveillance systématique de toute accouchée 02 H en salle de travail ;

→ Délivrance artificielle en cas de non décollement placentaire 30 min après l'accouchement.

68 Définition du placenta praevia

Le placenta est dit praevia, lorsque placenta s'insère en partie ou en totalité au niveau du segment infér dont la muqueuse se transforme en mauvaise caduque.

69 Le segment inférieur ?

C'est une formation temporaire n'apparaissant qu'au 3ème trimestre de grossesse, le segment inférieur est développé entre le corps et le col au dépens de l'isthme utérin.

En fin de travail, il mesure 10 et son épaisseur n'est que de quelc millimètres (3 à 5 mm).

70 Quel est le rôle du SI ?

Le rôle fondamental du segment inférieur est de recueillir la force de la contraction utérine et de la diriger sur le col. ⇒ Intérêt PRONOSTIC pdt la grossesse.

71 Caractéristiques histologique du segment inférieur et son intérêt prati

→ Au niveau du segment inferieur la paroi est caractérisé par :

* L'absence de la couche sous-séreu

* Couche supra-musculaire ;

* La couche vasculaire est rare ; +

* La couche sous-muqueuse !

→ Peu vascularise ; c'est la zon d'incision des césariennes segmentair transversales

[72] CAT chez une femme qui consulte pour une métrorragie d'apparition spontanée sans douleur:

↳ On fait une échographie pour ne pas faire un TV abusif et décoller le placenta !

[73] Les causes d'hémorragies du 3ème trimestre :

→ Placenta Praevia ;
→ Rupture utérine ;
→ Hématome rétro-placentaire.
→ Hémorragie de Benkiser
→ [illegible]

[74] Citez les 04 causes principales de la mortalité maternelle :

→ Rupture utérine ;
→ Hémorragie de la délivrance ;
→ Hématome rétro-placentaire ;
→ Placenta Praevia.

[75] Donner les mécanismes du saignement au cour de PP :

→ Ouverture des sinus veineux de la caduque ;
→ Déchirure des villosités choriales (foetale).

[76] Classification anatomique des PP:

I : placenta praevia latéral ;
II : placenta praevia marginal ;
III : placenta praevia partielle ;
IV : Placenta praevia total ou central.

[77] Classification échographique de BESSIS:

→ Placenta bas inséré antérieur:
- I : 1/3 sup de la vessie.
- II : 2/3 sup de la vessie.
- III : Atteint le col utérin.
- IV : dépasse le col utérin.

→ Placenta bas inséré postérieur:
- I : 4 cm en arrière du col ;
- II : Atteint le col utérin ;
- III : 1/3 inf de la vessie ;
- IV : Recouvre le dôme vésical.

[78] Clinique du PP:

1. Métrorragie brutale ; sang rouge, liquide, indolore, au repos, récidivant de plus en plus abondante ;
2. Anémie voir état de choc ;
3. Utérus souple ; [≠ HRP]
4. BCF normaux le plus souvent !
5. Signe de MATELAS AU TV

[79] Complications du Placenta Praevi[a]

→ Hémorragie:
- → Anémie ;
- → Souffrance foetale chroni[que]
- → Interruption de grossesse !

→ RPM :
- → Accouchement prématuré ;
- → Infection materno-foetale
- → Procidence du cordon.

→ Placenta accreta ;
→ CIVD : complication redoutable
→ Accidents thrombo-emboliques
Mortalité [illegible]

Syndrome de Bandl-Frommel

#1. déformation de l'utérus en sablier ou en brioche par formation d'un anneau séparant le corps du segment inf

#2. tension douloureuse des ligament rond

#3. Contracture utérine = Hypercinésie - Hypertonie.

RC sein

) [redacted]:

[redacted]: classification d'attente

[redacted]: mammographie Normale

[redacted]: Anomalie certainement bénigne ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire

[redacted]: Anomalie probablement bénigne → surveillance à court terme est conseillé

[redacted]: Anomalie suspecte probablement maligne indique une vérification histologique

[redacted]: certain maligne

[redacted]: Cancers prouvés par l'examen histologique.

GEU

) [redacted]:

[redacted]:

cinétique des βHCG est soit Decroît - stagne - élévation insuff

Son taux ne double pas pdt 48H

Echographie = Endovaginal

#1. Sac gestationnelle en extra utérin

#2. Hémato salpinx.

Signes indirect:

#1. Utérus vide.

#2. Epanchement péritonéal.

#3. Masse annexielle.

(4) [redacted] =

Absence de grossesse après plus de 12 mois de rapport sexuelle réguliers sans contraception

(5) [redacted] ovulat

#1. syndrome inter menstruelle.
- métrorragie péri ovulatoire
- seins idem dans le sou

#2. tension mammaire

#3. petite prise de poids tous

#4. Courbe de température :
. élévation de la T° corporelle basal
. courbe biphasique
- plateau minimum de 10 j

(6) [redacted]:

0: intra cavitaire pédiculé

1: intra mural < 50%

2: intra mural ≥ 50%

3: 100 % intramural au contact de l'endomètre

4 = intra mural

5: Sous séreux intramural ≥ 50%

6 = Sous séreux intramural < 50

7 = Sous séreux pédiculé

[redacted] Mastectomie

#1. Tm > 3cm
#2. Tm proche de l'aréole.
#3- Tm multifocale
#4. Carcinome in situ
#5. Carcinome lobulaire.

7) [redacted] O.P

Absolu: 3A 20 MTH

#1- ATCD thrombo-embolique
#2. HTA mal équilibrée
#3. Hépatite compliquée
#4. dyslipidémie sévère
#5. TABAC
#6. ATCD néo du sein / endomètre
#7- maladie du système
#8 atteinte hépatique sévère

9) [redacted]: salpingite

[redacted]: Abcès pelvien
. pelvipéritonite aiguë

chronique (tardive):
- ①- Stérilité
- GEU
- Récidive
- Salpingite chronique
- Algie pelvien chronique
- Avort spontané précoce

10) [redacted]

Soit direct [redacted] HTA
ou HTA modérée associée:

SF: - dlr épigastrique
. Nausée - Vomit
. céphalée
- trouble visuelle
- Diurèse

SP = Hyper réactivité os...
. RCIU sévère

Signe biologique:
- Atteinte rénal: - pgt > 5g/l
- oligurie 500ml
- créat > 12mg

- Urécemie > 60mg/l
- Thrombopénie < 100 000 /m
- Hémolyse : ASAT > 3xN.

Signe échographique
- oligoamnios
- RCIU

HELLP

11) [redacted]:
- pathologie propre à la femme (> 20 SA) - purement biologique
#1. Hémolyse
#2. cytolyse hépatique
#3. Thrombopénie

complet → les 03 signes
incomplet → 1 signe des 0..

12) [redacted] Ménopause

clinique:
- femme avec Aménorrhée de 12 m vers l'âge de 50 ans + signe climatérique:
#1. Bouffée de chaleur
#2. Sueur Nocturnes
#3. sécheresse vaginale
#4. trouble du sommeil.
#5 - céphalée - dlrs articulai..
#6. trouble de l'humeur et com..

[redacted]

E2 < 20 pg/l . Bas
- FSH > 20 mUI/l : élevé

[...]ection de l'allo - immunisa[tion] -
[...]iste à l'injection chaque
femme enceinte de gamma-
globuline anti D RH ⊖ porteuse
un enfant RH ⊕ ou
indéterminé ⇒ injection systématique

[redacted]

Sommet = occiput
bous occipito bregmatique (9,5 cm)

Bregma : front
occipito - frontal (11,5 - 12 cm)

) frontal : Nez
syncipito - mentonnier (13 cm)

) face : menton
Sous mento - bregmatique (9,5 cm)

[redacted]

1. CA 125 plasmatique (+++) . K OV
2. CA 19 9 (tumeurs d'allure mucineuse)
3. Alpha foeto proteines
4. ACE
5. HCG : dans les choriocarcinome K. ...

[redacted]

1. papillomavirus (16 - 18 - 31 - 33 - 35 - 39)
2. Bas niveau socio - économique
3. précocité des rapports sexuelle (< 18)
4. Nombreux partenaires
5. grossesse précoce et N grossesse
6. TABAC
7. Immunodépression
... absence de dépistage

(14) [redacted]

IgM ⊖ / IgG ⊖ : patiente Non Immunisée :
- Surveillance sérologique mensuel jusqu'à l'accouchement
- mesure préventif hygiéno-diét[étique]

IgM ⊖ / IgG ⊕ : immunité probablement ancienne (à confi[rmer] par 2e dosage à ... d'interval[le]
- pas de surveillance sauf si Immunodépression

IgM ⊕ / IgG ⊖ séroconversion toxoplasmique probable.

IgM ⊕ / IgG ⊕ : infection toxo évolutif ou infection ancienne - dater par un test d'avidité Ig[G]
- faible - primoinfection récente
- élevé : primo infection ancien[ne]

(18) [redacted] :

(A) Evolution ...
a. consultation précoce
S1 → 15 j → S2 (IgG)

(1) S1 et S2 ⊖ : pas de toxo...
(2) S1 ⊖ et S2 ⊕ primoinfectio[n] probable à confirmer par IgM
(3) S1 ⊕ S2 stable . IgM ⊖ : Immun[ité] ancienne
(4) S1 ⊕ et ascension de S2 ou ... primo inf probable.

b. consultation tardive :
- IgG ⊖ : pas de toxo, patiente Non immunisé → contrôle ...
IgG ⊕ : → IgM ⊕ primo infectio[n] probable

b) Contage Rubéolique au 1er Trimestre :

a- Consultation précoce :

IgG S1 (+) = Ancienne

IgG S1 (-) → S2 (21 jours)

① S2 (-) pas de rubéole

② S2 (+) recherche IgM, si

(+) → primo infection probable

b- Consultation tardive (> 3SA)

IgG (-) pas de rubéole

IgG (+), recherche IgM si (+)

primo infection probable. Am

[redacted] = Prémat

Risque fœtal :

① pendant la grossesse :

- SFC
- MIU
- Accouchement prématuré

② pendant le travail :

- SFA
- mort de travail
- traumatisme obstétricale.
- Risque d'anesthésie si césarienne.

Art

③ post natal

- infection néonatal
- mort néonatal
- détresse respiratoire
- Hypoglycémie - Hypocalcémie
- Hypothermie..
- Ictère
- Entérocolite nécrosante
- Hémorragie intraventriculaire
- [illegible]

④ au long cours

- séquelles neurologiques
- retard staturo-pondéral
- retard psycho-moteur

Risques maternels :

- Effet IIaire du tt tocolytique
- dystocie dynamique
- Risque traumatique
- Risque hémorragique
- Risque anesthésique.

Amm

[redacted] + Insuffisance ovarienne

H1- Insuff ovarienne précoce

H2- SOPK

Art

[redacted]

signes f :

- douleurs pelviennes intermittentes de type colique expulsive
- métrorragie avec caillot provenant du canal endocervical
- écoulement du liquide amniotique

TV : l'orifice interne du col utérin est largement dilaté et parfois l'œuf au col.

Signes généraux :

disparition des signes sympathiques de la grossesse

Torsion : sur Kyste court,
+lrs brutale
2. Hémorragie : intra kystique sort parfois intra péritonéal
3. Rupture du kyste → risque hémorragie
#4 - infection (Abcès ovarien) → drainage
5. [redacted] → en cancers
6. compression : vessie urètre rectum

[redacted] Hgie

[redacted] perte sanguine survenant dans les 24 H suivant un accouchement,
- sup à 500 ml lors d'accouchement par voie basse
- > 1000 de césarienne.

[redacted]:
#1. Rétention placentaire
#2 - Inertie utérine
#3 - les anomalies de coagulat°
#4 - plaie de la filière génitale
#5. Rupture utérine
#6 . Inversion utérine
#7 . ATCD d'HH de délivrance.

[redacted]: Mole
#1. Age > 40ans - utérus > AGSA
BHCG > 100 000 UI/ml

---

ou unilatérale > 5cm
#3 - groupe sanguin 0 - 4
#4 - insuffisance respiratoire ou après évacuation
#5 - Evacuation par voie haute
#6. grande histo logique II / III

[redacted]:
[redacted] Bord < du P atteint 1/3 > vessie
[redacted] : Bord < du P atteint 2/3 > vessie
[redacted] : Bord < Sup du P atteint le col ut
[redacted] : Bord < du P dépasse le col

[redacted] Avrt
[redacted]:
1> Aberrations chromosomique (tris monosomie - triploïdie)

[redacted] : Avrt à répét° tard
#1. béance cervico-isthmique
#2. les malformations utérines corpor.

[redacted]:
#1. Insuffisance fonctionnelle du corps jaune
#2. Hypolhydramnie

[redacted]:
#1 - HTA - diabète
#2. maladie du système LED
#3. SAPL

[redacted]
#1. Listériose
#2. toxoplasmose
#3. l'endocardite à chlamydia.

[redacted] GEU

#1- Age avancé
#2- tabac
#3- ATCD de GEU.
#4- ATCD de chirurgie tubo-pelvienne
#5- MST → salpingite
#6- malformation anatomique
#7- Endométriose / IVG
#8- Grossesse chez une femme portant le stérilet.
#9- Stérilité traitée
[redacted] Interruption volontaire de grossesse

[redacted] Inertie utérine.

#1. Atonie utérine
#2- grande multipare
#3- Surdistension utérine
#4- épuisement musculaire
#5- iatrogène - fibrome

[redacted] : Infertilité

#1- le temps
#2- fréquence des rapports sexuelles.
#3- Cause féminines : 30%

- Age maternelle (+++)
- Cause endocrinienne avec des troubles de l'ovulation
- Cause mécanique :
  - obstruction tubaire bilatérale
  - : stérilité tubaire
  - Endométriose
- facteurs environnementaux : tabac

#4- Cause masculine : 20% -

- Anomalie du sperme
- Age - tabagisme, alcool
- drogue - toxique - [illegible] démontr[illegible]

#5. Cause mixtes : 40%.
#6- Idiopathique.

DI
[redacted]

#1. pose impossible par sténose [illegible] l'orifice cervical interne
#2- malaise vagal
#3- perforation
#4- infection utéro-annexielle
#5- trouble du cycle : ménor[illegible] dysménorrhée.
#6- migration dans la cavité ABD
#7- Expulsion spontanée.

[redacted] HRP

[redacted] : Hémorragie vaginale de sang noir, début brutal.
- douleur pratiquement constante localisée à l'utérus et aux lombes.

[redacted] : - Sensibilité de l'utérus
- la contracture utérine (utérus de bois) - BCF ↓↓ ou [illegible]
- speculum : saig[illegible] endocol[illegible]
- faciès toxique
- Augmentation de volume
- trouble de coagulation
- métrorragie minime noirâtre
- Hypertonie utérine / [illegible]
- S I de prééclampsie

...ologies des MAP

Cause maternelle =

1 cause générale

#1 synd vasculo-rénaux = toxémie - HRP

2. les infections = toute fièvre maternelle isolée.

#3. diabète gestationnel

4. Anémie maternelle.

#5. traumatisme abdominale.

2) Cause locale

malformat° utérine (hypoplasie)

Anomalie acquise (synéchies - fibromes) - fibrome endocavitaire

: béance cervico-isthmique

Cause ovulaire =

1. foetal :

grossesse multiple

malformation foetale entraînant un hydramnios (Atrésie oesophage)

- cause placentaire :
- placenta praevia
- HRP

- cause entraînant un hydramnios : diabète - syphilis, Atrésie de l'oesophage.

2_ cause membranaire.

infection amniotique

RPM.

idiopathique

[redacted] du col :

fait contraire de la dilatation utérine pas 02h chez une femme en travail

[redacted]

Absence de ménarche (premier règles) chez une fille de plus de 16 ans

Avec ou sans développement des caractères s...

Étiologies gonadiques :

· Syndrome de turner
- autres dysgénésie gonadique (testicule féminisant)
- a puise : Irradiation pelvienne - chimiothérapie.

[redacted] PP : P

- Age maternelle > 35 ans.
- multiparité
- gémellité
- tabac
- ATCD de PP
- ATCD d'avortement spt
- manoeuvre endo utérine
- cicatrice utérine : césarienne

9- fibromyome sous muqueux et malformat° utérines.

[redacted]

#1 Dlr en regard de la cicatrice

#2 métrorragie minime

#3 - SFA (Altération de bruits du coeur)

-> elle survient chez un utérus cicatriciel.

siège

[redacted]

#1. pelvimétrie normal

#2 tête pas défléchie

#3 - siège décomplété

#4 - poids entre 2500 - 3500 g

#5 - Acceptation de la patiente

(36) [redacted]

Bénigne de l'ovaire — tmr.. Ovair

Tm Bénigne:
- inf à 06 cm
- contour régulier (paroi fine)
- contenu Homogène
- absence de cloison
- absence de végétation
- absence d'ascite - carcinose péritonéale
- uniloculaire

Tm maligne:
- Sup à 06 cm
- contour irrégulier
- contenu Hétérogène
- présence de cloison
- présence de végétation
- Ascite métastase Hépatique
- multiloculaire

[redacted]

[redacted] tmr Sein

- [redacted] dure, indolore, irrégulière, fixée, adhérent au plan profond et cutané
- Signes cutanés:
  - → plis
  - envahissement du mamelon
  - → poset (mamelon infiltré par la tumorale)
- → [redacted]: sus claviculaire, Axillaire

(38) [redacted] Ke [redacted]

- #1 - Haut niveau de vie
- #2 - Nullipares
- #3 - première règles précoces
- #4 - ménopause tardive
- #5 - mère - soeur Ke du sein
- #6 - Cancers de l'autre sein
- #7 - Ke du côlon. endomètre
- #8 - Mastopathie hyper plasique Atypique

(4) [redacted] Siège

inspection: utérus à grand axe longitudinal.

palpation:

DS = complet: irrégulier, volume H-mole

incomplète = plus rond, plus régulier et ferme

fond: pôle céphalique dur, arrondi. volume plus petit

flancs latéraux: plus convexe et régulier du dos mais le sm vers le bas ne retrouve pas le sillon du cou

auscultation: BCF → périombilical ou sus-ombilicale

TV:

en dehors du travail: excavation pelvienne est vide

pendant le travail:

complet: perception du pied (talon)

incomplète: 02 masses molles séparées par un sillon (pli interfessier) anus au centre

Hémorragie :
si répétée → Anémie / Souffrance embryonnaire

devient abandonnée → dissémin... Ih. (ovulation interrompue de grossesse)

-2. [redacted]:
- accouchement prématuré
- infection materno foetale
- procidence du cordon

3 - [redacted] favorisé par la cicatrice utérine

4- [redacted]

[redacted]

#1. Erreurs du terme
#2. grossesse gémellaire
#3. fibrome et grossesse
#4. mole hydatiforme
#5. macrosomie
#6. hydramnios

[redacted] G.E.U

#1 Hémodynamique instable
#2. hCG > 10.000
#3. Hémato salpinx > 4 cm à l'échographie.
#4. Contre indication au trt médical
5. impossibilité d'un suivi au ambulatoire
6 - Score de Fernandez > 13

Hrg
3.2 [redacted]
- HRP - PP - RU
4- Hémorragie des décol marginal: ...
5. Lésion cervicale: polype
- Hémorragie de Benkiser
3. Lésion cervicale / vaginale

Foetus :
- Hydramnios
- macrosomie
- dysproportion foeto pelvienne ~~matérielle~~
- Dystocie des épaules
- risque d'accouchement préma...
- risque de mort foetal In utero. RCIU

Néonataux :
- Hypoglycémie - Hypocalcémie.
- détresse respiratoire (MMH)
- Cardiomyopathie hypertrophique transitoire.
- Ictère Néonatal

Risque maternelle :
- ↗ du risque de prééclampsie
- Risques infectieux = urinaire ...
- Obstétricale :
  . Risque élevé de césarienne
  . traumatisme de la filière génitale
  . Hémorragie de délivrance

5 Syndrome transfuseur - transfusé
C'est la conséquence d'échange asymétrique entre les 2 circulations d'une grossesse monochoriale biamniotique. C'est une pathologie du T2 (dg dosé)

Adénome mam...
[redacted]
#1. Bien limité
#2 ferme
#3- Sans signe cutané
#4- Sans ADP
#5- ovalaire grand axe // peau à ...

[redacted]

- Chirurgie   Avortons
- Radiothérapie
- Curiethérapie

[redacted] DIU

#1. grossesse existante ou soupçonnée
#2. Infection génitale haute actuelle ou récente (< 3 mois)
#3. Cervicite purulente
#4. ATCD de tuberculose génitale
#5. Malformation utérine (cloison...)
#6. Col infranchissable ou étroit rendant cette méthode inutilisable
#7. Saignement utéro vaginal non exploré.

Ø

[redacted] : D

A) Antéro post :
promonto sus pubien = 11 cm
promonto rétro pubien = 10.5 cm : (conjugué obstétricale)
promonto sous pubien = 12 cm

B) Transversale :
T. maximal : 13,5 cm
T. médian : 12,5 cm (Ø utile)

C) Oblique :
- Oblique gauche : 12,5 cm
- " droit : 12 cm
- diamètre sacro-cotyloïdien = 9 cm : intérêt dans les bassin asymétrique.

NB = Ø bi-sciatique = 10,5 cm de l'excavation pelvienne

corde sacré = 11 cm
flèche sacré = 2,5 cm

50) [redacted]

A) Transverse = Ø
bi-ischiatique = 11 cm

B) Antéro post :
sous sacro sous pubien = 11
sous coccy sous pubien =

57) [redacted] Déli

c'est l'expulsion des annexes hors des voies génitales.
Spontanée : sans intervention
Naturelle : intervient juste moment d'expulsion du dél
Dirigé : injection d'ocyto pour aider le décollement + l'expulsion du délivre
Artificielle : intervention ma pour décoller et extraire le

52) [redacted] HTA

#1. Vasodilatateur
#2. IC
#3. B-bloquant
#4. Antihypertenseur central (Aldomet)

[redacted] = #1. ~~IEC~~
#2. diurétique
#3. Régime sans sel.

[redacted]

repos - soutien psychologique
2. traitement de l'infection
3. cerclage du col dans la séance.
1. tocolytique à 32 SA
5. Maturation pulmonaire - corticoïde avant 34 SA
6. prophylaxie thrombotique et sous le contraction.

[redacted]

[redacted]: toxo

forme [redacted] 80%

forme [redacted],

#1. polyadénopathie associée à l'asthénie sans fièvre.
#2. myocardiopathie péricardite
#3. dermatomyosite
#4. choriorétinite.

[redacted] :

[redacted] Listeria

#1. fièvre
#2. syndrome pseudo grippal = frisson - céphalées, myalgie
#3. tableau de chorioamniotite.

[redacted] :

ndésie : - hyperleucocytose
- cytolyse hépatique

Sérologie : sans nulle valeur

Bactériologie : isolement de L monocytogène d'un site stérile = lcr. col utérin - vagin.

- Amoxicilline per os 3g/J pdt 10J
-> Non prouvé
- Listériose prouvé :
#Amoxicilline per os 6g/J pdt 3 semaines + Aminoside pdt 10-15 jours
- Allergie : macrolide.

56 [redacted] : GEU

#1. dlrs pelvienne souvent latéralisé du coté de la trompe atteinte
#2. Aménorrhée
#3. métrorragie
#4. signes sympathiques de la grossesse.
#5. syncope - lipothymie

eclampsie

57 [redacted]

Déf : convulsion généralisée et/ou troubles de la conscience survenant au cours de la grossesse ou du post-partum, dans un contexte de prééclampsie et ne pouvant pas être rapportés à un problème neurologique préexistant.

Clinique

[redacted] :

#1. aggravation d'HTA
#2. des perturbations visuelles-cécité
#3. céphalées rebelles au traitement usuelle
#4. troubles digestifs = Nausée - Vomissement
#5. Une agitation - des mouvements anormaux.

a clik :
#1 - phase d'initiation :
. 30 seconde
- secousse concernant face et cou
- atteint ensuite les m^le inf

#2 . [redacted] :
. 20 - 30 s
. Hypertonie porte sur tout le corps : attitude en opistotonos
. m^le sup - flx
. m^le inf ext
- respiration bloquée
- larynx fermé
- face asphyxiée.

#3 . [redacted].
- > 1 mn
- inspiration → expiration forcée → mvt convulsive de la 1/2 > du corp → trone + m^le inf immobile.

#4 . [redacted] :
. expiration régulière.
- mydriase
- aréflexie totale
- ↗ de la T°.
- faciès congestif.

GEU

[redacted]
- Méthotrexate - [redacted]
#1. β-HCG < 5000 UI
#2 - GEU pauci-asymptomatique
#3 - GEU sans activité cardiaque
#4 . Score de Fernandez < 13

> [redacted]
#1 . β-HCG < 1000 UI
#2 - grossesse pauci asymptomatique
#3 . GEU Non visible à l'échographie avec β-HC décroissant spontanément
#4 . Score de Fernandez < 11

60 [redacted] : surveill
[redacted]
#1 . Assurer la présence de grossesse
#2 . localiser la grossesse
#3 . datation
#4 . Étudier la vitalité du fœ
#5 . identifier les grossesses gémellaires
#6 . Anomalie chromosomique et malformation
#7 . malformation utérine et annexielle

[redacted]
#1 . Étude morphologique précise
#2 . Vitalité et croissance foetal.

[redacted]
#1 . Vitalité et croissance foetal
#2 . étudier les annexes = pl. liquide amniotique
#3 . décider de la voie d'accouchement.
* étude de flux ombilical
* étude de la vascularisation cérébrale

[redacted] 61

[redacted] : les deux
...ists intra vaginaux dirigé
...s le 2ème vertèbre sacré
...ncontre la présentation

Étapes de la colposcopie :

. Examen sans préparation
- Coloration à l'acide acétique
confirmé en biopsie ce qui est blanc
- Coloration au lugol = biopsie ce qui ne n'est pas coloré. (se colore en marron).

[redacted]

1. Mouvement sacro-illiaque
2. la Nutation
3. la contre Nutation
4. Antéversion
5. Rétroversion du Bassin
6. Rotation Externe et interne du fémur
7. Rétropulsion du coccyx.

contracept

[redacted]

1. Microprogestatifs
2. Contraception locales. préservatif condom.
3. DIU. 6e semaine après l'accouch
4. OP = contre indiquée.

[redacted] Âge G

mesure de la longueur cranio-...
...caudale [redacted] / +/- 3jour, elle est
...ite entre 7-12SA

[redacted] 66

#1 - IAH ne répondant pas à ATB
#2. Immuno déficience
#3. AEG, nausées - vmsst
#4. Syndrome chirurgicale
#5. Abcès tubo-ovarien
#6. patiente non compliante à un traitement antibiotique
#7. Adolescente.

67

[redacted]

#1. Correction d'une anémie sévère avant une hystérectomie par le du saignement
#2. facilité de modifier la technique opératoire par la du Volume utérin

Kyst

68 [redacted]

dépend du fonctionnement de l'ovaire	ne dépend pas du f°
disparaît spontanément au bout de 03 mois	ne disparaît pas sans ttt au mois
le plus fréquent	moins fréquent
symptomatique plus souvent	symptomatique
bénin tjs	bénin/malin

15/24

[redacted]

Cause Utérine : Siège.

Congénitale :
① Hypoplasie Utérine :
② ~~Malformation Utérine~~

Aquise :
. multiparité (Utérus vaste)
- primipare âgée (Utérus Hypo...)
- tumeurs intrinsèque / extrinsèque

[redacted] :

#1. Anomalie du LA . oligoamnios
- hydramnios

#2 Cause funiculaire : brièveté du cordon

#3. placenta praevia

#4. grossesse multiple

[redacted] :

#1. prématurité

#2. Hyperextension de la tête

Kc sein

[redacted] :

Kc. ovaire

1. Age
2. Etat général
3. Stade
4. type Histologique
5. Résidu tumoral en fin d'intervention
6. Réponse de la Tm à la chimio
7. cinétique de CA 125

[redacted]

Ⓐ THOMS : tient compte du ØAP et ØT maximum
. [redacted] = AP > TM
. [redacted] = AP = TM ou ...
. [redacted] = AP < TM de 1...
. [redacted] = AP < TM de ...

Ⓑ [redacted]. tient compte de la forme du DS :
. [redacted] = DS arrondi
. [redacted] : DS triangulaire
Rétrécissement systolique
. [redacted] : grand axe antéro post . DS ovalaire
. [redacted] = DS ovale, grand axe transversale

[redacted] :

#1. opacité stellaire irrégulière
#2. taille < que la tumeur palpée (clinique)
#3. Calcification

Bénigne .

#1. opacité même taille que la masse palpée
#2. cerclée par un liseré cl...
#3. Homogène parfois calcifi...

Echo mammo

[redacted]

. formation et ampliation du segment inférieur

. Effacement et dilatation du col

. formation de la poche des eaux

4. Evolutivité de la présentation

[redacted] KC sein

[redacted] C A153

[redacted]

...met de s'assurer de la réalité

- rapports sexuelles avec éjaculation

...et en pré-ovulatoire immédiat

...j du cycle, 8-12 h après un rapport sexuelle :

→ Analyse de la quantité de la glaire cervicale

→ Analyse en MO du comportement des spermatozoïdes dans la glaire cervicale.

[redacted] G^ss Gemell...

1- Anémie — Infect° urinaire et

2- Syndrome vasculo rénaux — Insuff veineuse → accident thrombo-embolique

3- intolérance maternelle

mortalité

... foetal d'une gss gémellaire :

. malformation

2- RCIU

. MAP

4- prématurité < 34 SA

5- mortalité

[redacted] contraception :

tout processus permettant de suspendre la fertilité

#1 Efficacité

#2 Réversibilité

#3 tolérance Innocuité

#4 Acceptabilité.

[redacted] Siège

[redacted] ...; dominé par la déchirure périnéale

[redacted] :

#1- mortalité

#2. morbidité :

- lésion du fémur / Humérus
- paralysie du plexus brachial
- Hémorragie méningée par manœuvre obstétrical.

[redacted] Hvg

Hémorragie foetale d'origine vasculaire dont l'insertion est anormal.

[redacted] KC sein

#1- tuméfaction souvent unique ferme - bien limitée.

#2- 01-4 cm

#3- Sans signes cutanées

#4- Sans ADP.

97
54

[redacted]:

#1 - Activité contractile (retrait utérin, contraction et décollement HRP physio)
#2 - décollement placentaire
#3 Migration placentaire
#4 - Expulsion hors vagin
#5 - Hémostase.

[redacted]

#1 - mesure de la HU
#2 - par la palpation apprécier la consistance - souplesse et la sensibilité de l'utérus et la position du fetus.
#3 - BCF
#4 - TV = Explore le périné - le col, le segment inférieur, la présentation et le bassin

[redacted] Front

césarienne systématique

A) [redacted]:
- SFA aux risques:
  d'embarrure frontal
  - HED (hématome extradural)
- mort foetal

B) [redacted]
- Rupture utérine
- Mort maternelle

[redacted]:

#1 - BCF entre 120-160
#2 - oscillant (entre 5-25 mA)
#3 - réactif (présence d'accélérations)

[redacted] = Diabète

#1 - Instabilité de l'équilibre glycémique
#2 - La grossesse aggrave les lésions angiopathiques (rétine - coronaires)

[redacted]:

Ensemble de maladies résultant de l'immunisation de la mère contre certains Ag présents à la surface des GR de son foetus.

[redacted] Hrg

#1 - GEU
#2 - Avortement
#3 - Môle hydatiforme
#4 - Kc du col
#5 - Infection génitale

[redacted]

Échographie: Siège
- confirme la présentation
- Évalue le volume utérin
- localise le placenta

ASP du contenu utérin:
Apprécie le degré de déflexion de sa tête.

Augmentation du volume T3:
- Hydramnios
- Macrosomie
- HRP
- Grossesse à terme.

... faco.
diagnostique doit être précoce
- Recherche des conditions locales
(bassin - poids fetal)
-> Normal : voie basse
-> dysproportion foeto pelvienne : césarienne
- pas de manoeuvre intempestive
pour obtenir présentation sommet
- TV doit être prudent pour
éviter les traumatisme
- il faut surveiller que le menton
tourne en avant

Conséquences de la listériose pendant grossesse
1- HSRT spontanée fébrile
2- Accouchement prématuré fébrile
3- méningo encéphalite
4- Septécémie
5- mortalité néonatale

Syndrome des ovaires polykystiques :
ovaire polyky
Clinique :
1- trouble du cycle : Aménorrhée - Spanioménorrhée
- Hyperandrogénie : Hirsutisme, acné - alopécie
Biologie : Hyperandrogénie.
Échographie : Aspect d'ovaire polymicrokystique : Volume augmenté (...ml) et/ou plus de 12 follicules

... des 02 ovaires.

Signes d'évolution défavorable de la môle hydatiforme après curetage RL
Clinique :
#1- persistance d'Hémorragie
#2- mauvaise involution Utérine
#3- persistance de Kyste lutéinique
#4- Apparition de métastase.
Biologie :
#1- plateau de βHCG sur au moins 04 dosage successifs
#2- Existance d'une augmentation du βHCG au moin 03 dosages successif.
#3- persistance de βHCG détectable ⊕ de 06 mois idéal : évolution de 30 j.

Complications d'HRP clinique
#1- Hémorragie
#2- État de choc
#3- Anémie
#4- trouble de la coagulation (CIVD) Bilan de coagulation
#5- menace d'accouchement prématuré
#6- SEC -> ERCF
#7- mortalité fetal.

Indication traitement chirurgical du fibrome (myomectomie) :
#1- fibrome compliqué
#2- ménométrorragie fonctionnelle résistantes au traitement médicale.

[redacted] KC. endomètre

#1- Obésité
#2. puberté précoce - ménopause tardif
#3 Nulliparité
#4. Diabète - HTA
#5- ATCD familiaux : Sd de Lynch
#6. Kc génétiquement liée
#7. THS au long cours non compensé par le progestatif
#8- Tamoxifène
#9 ATCD d'anovulation. stérilité - Hyperoestrogénie endogène

[redacted] fibrome

#1. obésité
#2. 1re règle précoce
#3. Nulliparité
#4. Infertilité
#5. prédisposition familiale

CI HSG =

1- infection de voie génital
2- Allergie à l'iode
3- Grossesse.
4- métrorragie.

[redacted] face : état ou présentation céphalique avec déflexion totale de la tête foetal, dont le repère est le menton.

[redacted] G.E.U.

[redacted] =

- test de grossesse ⊕
- douleurs pelviennes intenses, brutale qui peut débuter dans tout l'abdomen.
- [illegible] utérine
- dans l'épaule d'un seul côté
douleur
- douleur à la mobilisation utérine
- défense abdominale - tableau d'abdomen chirurgical.

[redacted]

Examen général : pouls - TA.
- palpation = utérus globuleux
- Speculum : origine du saignement
- TV = aspect du col : mou
  - CDS latéraux = siège d'hématosalpinx ou GEU
  - CDS douloureux parfaitement
  - Hémopéritoine

[redacted] O.P

#1 Age ≥ 40 ans
#2 Alité équilibré
#3 dyslipidémie minime
#4 Obésité
#5 varices MI
#6 tt par inducteurs enzymatiques

KC sein [redacted]

#1. fréquence des mitoses
#2. caractère infiltrant
#3 Atypie cellulaire.

[redacted] R.C.I.U.

#1. petit poids de naissance pour l'âge gestationnelle (10e)
#2 diminution des mouvements actifs f[oetaux]
#3 les anomalies de la hauteur utérine

... complications ... devant
HRP typique : HRP
- Échographie
- le bilan de coagulation
- Étude du rythme cardiaque fœtal.

Critères cliniques de malignité de l'ovaire. KC ovarien
masse irrégulière, pierreuse, fixée avec nodule de carcinose, ascite, elle est latéro-utérine séparée par un sillon de l'utérus. Ascite

Dg devant une insuffisance de hauteur utérine
- RCIU, hypotrophie
- erreur de terme
- oligoamnios
- PAG.

CAT devant une éclampsie :
R1. Traitement général
- PLS
- liberté des voies aériennes
- voie d'abord veineuse de bon calibre
- bilan sanguin.
- Traitement de la crise : anticonvulsivant
- Traitement antihypertenseur
- correction des troubles hydroélectrolytiques
- Trt obstétrical : extraction fœtale.

État maternel grave : césarienne quel que soit le terme

État maternel stable
a/- mort fœtal → évacuation utérine voie basse
b/- fœtus vivant > 34 SA
femme travail → voie basse.
Non en travail → césarienne
Fœtal

c/ fœtus vivant < 34 SA : corticothérapie à renouveler en 48h plus MA, surveillance materno-fœtale strict, extraction fœtale à la moindre anomalie.

Suite de couches :
moment post partum immédiat → retour de règles
objectif : éviter la survenue des CPC
- infectieux.
- hémorragique
- thromboembolique
- psychiatrique
- CPC mammaire.

Traitement d'HTA : ne doit pas être abaissé au dessous 130/80

Séquelle obstétricale d'ABLT = ABR
#1. Infections : tétanos - endométrite pelvipéritonite - péritonite - septicémie
#2. Hémorragie : perforation de l'utérus, déchirure du col de l'utérus et du vagin
#3. La stérilité (synéchie utérines)

Étapes pour le FCV

- Sans saignement
- 3 jours sans rapports sexuelles
- sans toilette vaginale

on prélevera l'endocol, puis l'exocol en veillant à prendre la zone de jonction

- doit être fait chez les f ; en général chaque 03 ans.

Conditions d'accouchement par voie basse   Voie basse

#1. Bassin perméable
#2. poids foetal acceptable selon les normes
#3. placenta normalement inséré
#4- une position foetal eutocique

Règles avant TV ?

- f Non vierge
- Asepsie.

Délivrance

Les modes de délivrance spontanée:

Baudelocque: placenta inséré au fond, après expulsion, on voit la face foetal

Duncan: placenta marginal, après l'expulsion on voit la face maternelle.

Conditions [illegible] normale Normal

#1. Vacuité Utérine
#2- Utérus mou, rétracté
#3- [illegible] Utérine clivée
#4- pas trouble d'hémostase

CAT devant GEU => trait. chirurgical d'urgence.

Les éléments anatomiques:

DS: Avant
1. bord sup de la symphyse pubienne
2. les crêtes pectinéales
3- Éminence ilio pectinée

Latéralement:
les lignes innominées

Arrière:
- promontoire
- Bord ant de l'aileron sacré

DI: Avant
Bord inférieur de la symphyse pubienne

Latéralement d'avant en arrière
- branches ischio-pubienne
- les deux tubérosités ischiatiques
- les ligaments sacro-ischiatiques
ensemble ostéo-ligamentaire

Arrière
pointe du coccyx.

Causes de rupture utérine :
- cicatrice utérines
  - gynécologique
  - obstétricale
- dystocie méconnus / négligé
- présentation dystocique
- disproportions foeto-pelviennes
- multiparité
- manoeuvre d'extraction fœtal
- Extraction instrumental = forceps
- Expression utérines.
- Utilisation intempestive des utérotonique (Syntocinon).

CI des tocolytiques :
- Cardiopathie décompensée
- trouble du rythme
- tachycardie
- HTA mal contrôlée : TA < 90
- diabète - hyperthyroïdie
- glaucome - PP hémorragique

Causes d'immunisation maternelle :
1er T et 2e-3e T :
- toute épisode de métrorragie ×2
- Avortement spontané précoce ×2
- toutes interruption de grossesse ×2
- traumatisme abdominale ou pelvien ×2
- cerclage du col utérin ×2
- GEU
- Grossesse molaire (

- placenta praevia hémorragique
- AT VME

/02

MHD dans l'HTA gravidique

Repos en décubitus latéral gauche, afin d'améliorer la perfusion placentaire.

Types de RCIU :

~~Harmo~~ Symétrique : harmonieux, globale, précoce (02ème T)
cause : chromosomique, infection

Asymétrique : dysharmonieux, segmentaire, tardif (03ème T), cause principale : insuffisance placentaire, respect de croissance cérébrale.

Facteurs de risque du K de l'ovaire :

#1 - Age ×6 (40-70 ans)
#2 - ATCD familiaux de K de l'ovaire chez parent 1er degré
#4. facteurs hormonaux :
- Nullipare
- puberté précoce
- ménopause tardive
- THS

#3 - mode de vie et alimentation
#5 - prédisposition héréditaire autosomique dominante
#6 - risques environnementaux
-> Alimentation riche en graisse animale
-> Excès de poids.

Dg (+) de menace d'accouchement prématuré : MAP

* Contraction utérine : douloureuses régulières
* Rupture prématurée des membranes : aggrave la MAP, l'infection du fœtus et l'oligoamnios.
  - Confirmé par le test à le DAO (Diamine oxydase)

Spéculum :
. métrorragie endo utérines
. écoulement du liquide amniotique

TV : modification du col ; il ne doit pas être répété si non risque l'aggrave la MAP.

[illegible] : fibronectine fœtale (FNF) elle est sensible et spécifique.

Dg de Rupture utérine :
#1 - Douleur en coup de poignard, le plus souvent d'une extrême violence.
#2 - Sensation d'un chaud de s'écoulant dans le ventre
3. Sédation de la douleurs
#4 - Collapsus dû à l'hémorragie [illegible] un état de choc.

FdR endométrite du post-partum
#1 - RPM
#2 - Accouchement dystocique
#3 [illegible]

l'endométrite du post partum est la première cause de fièvre du post-partum.

Principales étiologies d'une fièvre en post partum :
01 - Endométrite aiguë.
02 - Montée laiteuse du 3ème J
03 - Infection urinaire
04 - Cpc thrombo embolique
05 - Cps mammaire
06 - Anomalie + désunion d'une cicatrice d'épisiotomie ou de césarienne

CI absolues THS THM
1. Cancers du sein.
2. maladies thrombo-emboliques
3. maladie [illegible] lupus.
4. HTA grave
5. Hyper lipidémie sévère

Complication THS :
#1. maladies thrombo-emboliques
#2. K du sein / endomètre

* Dg ménopause
1 - Aménorrhée > 12 mois
2 - Trbl climatérique

Si (doute) Dg : 1 - 2 - 3
- Dosage FSH > 30
  E2 < 30
- Test à la progestérone